

# 第 20 回有害・医療廃棄物処理技術セミナー参加申込書

(平成 31 年 1 月 29 日(火) 開催)

申込日 年 月 日

フリガナ	会員種別 (○印をつけてください)			
氏名	1. 有害・医療廃棄物研究会会員			
会員番号	2. 廃棄物資源循環学会会員			
	3. 日本医師会会員			
		4. 全国産業資源循環連合会 (県産廃協会員)		
		5. 廃棄物・3R 研究財団会員		
		6. 学 生 7. 非 会 員		
勤務先名				
所属部署名		役職		
勤務先所在地 〒				
TEL		FAX		
E-mail				
職種・業種 (○印をつけてください。回答がその他の場合は具体的に記入してください)				
医師	保健師	登録衛生検査所	処理容器製造・販売	建設業
歯科医師	助産師	収集運搬業	医薬品製造・販売	コンサルタント
獣医師	臨床検査技師	中間処理業	検査試薬製造・販売	ビルメンテナンス
薬剤師	病院事務	最終処分業	医療機器製造・販売	研究・教育機関
看護師	病院施設係	廃棄物検査分析	処理施設製造・販売	
その他 ( )				
本セミナーを知った理由				
1. 研究会からの案内		2. 研究会ホームページ		
3. 後援団体からの案内		4. 研究会会員の知人に聞いて		
5. 学会等の機関誌 ( )		6. 雑誌・新聞 ( )		
7. その他 ( )				
※通信欄 (請求書が必要な方はご記入下さい、領収証は当日お渡しします)				
お振込み予定日をご記入ください。				
		月 日		

【送付先】 有害・医療廃棄物研究会事務局

FAX: 03-5789-2063